ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22–9

Date de publication : 1er mai 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

		Pagination officielle :
ATELIER NATIONAL DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DANS LE DOMAINE DE LA MYCOLOGIE . .	F-1	65–70
AVIS	F-4	70
ERRATUM	F-4	70
ANNONCES	F-5	71
CLARIFICATIONS	F-5	71–72

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ATELIER NATIONAL DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DANS LE DOMAINE DE LA MYCOLOGIE

I. INTRODUCTION

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) et le Centre de référence national sur les mycoses chez l'homme ont organisé, en novembre 1995, une réunion ayant pour objet de planifier la création d'un réseau national de laboratoires pour les mycoses chez l'homme et de déterminer les secteurs de la surveillance et de la recherche dans le domaine de la santé publique au Canada qui bénéficieraient d'un tel réseau. Parmi les participants* à cette réunion figuraient notamment des chercheurs du milieu canadien de la mycologie, des épidémiologistes et des dermatologues.

Nous résumons ici l'information présentée au cours de cet atelier ainsi que les déclarations et les recommandations des participants.

II. RECHERCHE ET SERVICES CLINIQUES ACTUELS, AU CANADA, DANS LE DOMAINE DE LA MYCOLOGIE MÉDICALE

Direction des services de laboratoire du ministère de la Santé de l'Ontario

En 1992, les cinq espèces fongiques responsables de mycoses invasives profondes qui ont été le plus souvent identifiées par culture par la Direction des services de laboratoire étaient les suivantes : *Cryptococcus neoformans* (28 cas), *Blastomyces dermatitidis* (20), *Sporothrix schenckii* (18), *Histoplasma capsulatum* (11) et *Coccidioides immitis* (5). Des cas dus à *B. dermatitidis* ont été observés dans la province tant chez l'homme que chez le chien. *B. dermatitidis* est endémique dans une grande partie de la forêt boréale du nord de l'Ontario.

Entre 1975 et 1984, la Direction a reçu 170 000 échantillons de peau, soumis par des dermatologues de l'Ontario et de l'extérieur de la province; des dermatophytes ont été mis en évidence dans environ 30 000 (17,6 %) d'entre eux. On a observé une augmentation de l'incidence des cas dus à *Trichophyton tonsurans* dans la région du Grand Toronto, mais seule la population d'immigrants africains de cette ville semble touchée. L'incidence de l'infection à *T. soudanense* s'est également élevée progressivement dans la province depuis 1991, mais, encore une fois, seulement dans la population immigrante africaine.

La Direction ne reçoit pas tous les échantillons suspects ni tous les rapports relatifs à des cas confirmés d'infections fongiques survenus dans la province. Bon nombre d'établissements médicaux ont leur propre laboratoire de mycologie et ne consultent la Direction que pour des services de référence. La Direction utilise les programmes de télémédecine pour communiquer et tient des ateliers de mycologie médicale auxquels participent ses laboratoires auxiliaires. Étant donné que certains établissements médicaux expédient leurs échantillons à l'extérieur de la province à des fins diagnostiques, il est difficile d'établir la prévalence de nombreuses maladies fongiques confirmées en laboratoire en Ontario.

* Dr. F. Ashton (Health Canada, Ottawa); Dr. L. De Repentigny (Hôpital Ste. Justine, Montreal); Dr. K. Forward (Victoria General Hospital, Halifax); Dr. G. Lauzon (Edmonton); Dr. L.E. Nicolle (Health Sciences Centre, Winnipeg); S. Paton (Health Canada, Ottawa); Dr. P. Phillips (St. Paul's Hospital, Vancouver); Dr. R. Rennie (National Reference Centre for Human Mycotic Diseases, Edmonton); Dr. S. Richardson (The Hospital for Sick Children, Toronto); Dr. G. St-Germain (Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue); L. Sigler (University of Alberta Microfungus Collection); Dr. J. Spika (Health Canada, Ottawa); and Dr. R. Summerbell (Ontario Ministry of Health, Toronto).

Santé Canada Health Canada

Canada

Laboratoire de santé publique du Québec

Au Québec, environ 50 % des quelque 140 laboratoires médicaux pratiquent certaines formes d'examen mycologique. Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) sert de laboratoire de référence pour ces laboratoires et ne traite pas d'échantillons cliniques primaires. Il identifie annuellement entre 1 000 et 15 000 souches fongiques; environ 25 % d'entre elles sont des dermatophytes (*T. rubrum* et *T. mentagrophytes*, dans 63 % et 15 % des cas, respectivement), 20 %, des espèces appartenant aux levures (principalement *Candida albicans*, 44 %, *C. glabrata*, 11 %, *C. krusei*, 9 % et *C. tropicalis*, 7 %), et 1,4 %, des espèces dimorphes (principalement *H. capsulatum* et *B. dermatitidis*). La plupart des souches de levure reçues par le LSPQ ont été expédiées pour évaluation de leur sensibilité aux anti-fongiques.

Les ateliers de mycologie médicale, tenus par le LSPQ trois à cinq fois l'an, réunissent des cliniciens et des employés de laboratoire des quatre coins de la province ainsi que des étudiants d'université et des étudiants en médecine. Il y a 7 ans, le LSPQ a mis sur pied un programme de vérification de la compétence à l'intention des laboratoires de mycologie médicale de la province. Deux fois l'an, chaque laboratoire participant reçoit cinq échantillons, notamment des cultures pures et des échantillons médicaux artificiellement traités. Soixante-douze (> 95 %) laboratoires de la province participent à ce programme.

Études canadiennes sur les mycoses profondes

En 1993, Pfizer Canada, par l'entremise du réseau de la Société canadienne des maladies infectieuses, a financé une étude visant à évaluer l'ampleur et la prévalence des mycoses profondes invasives au Canada. L'étape de déclaration de l'étude s'est achevée en 1994.

On a dénombré 751 cas de mycose profonde dans l'ensemble du Canada. Les principaux micro-organismes en cause étaient *Candida* spp. [478 (63,6%) des cas]; *C. neoformans* [72 (9,6%)]; *Aspergillus* spp. [60 (8,0%)]; *B. dermatitidis* [24 (3,2%), la majorité des cas étant déclarés par le Manitoba, mais 6 % par l'Ontario]; et *H. capsulatum* [52 (6,9 %), la majorité (70 %) étant déclarés par le Québec].

La déclaration par les centres participants varie d'une région à l'autre du Canada, mais l'étude a permis d'avoir un 'aperçu' du problème des mycoses profondes au Canada et aidera à cerner les principales régions qui devraient faire l'objet d'études de surveillance dans l'avenir. Elle a en outre fait ressortir certains des problèmes liés à l'envoi des échantillons et à la déclaration des maladies fongiques au pays. On procède actuellement à une analyse des données fournies par les quatre régions où la déclaration est le plus exhaustive (Québec, Manitoba, et les régions d'Ottawa et de Hamilton, en Ontario) afin d'évaluer la prévalence des mycoses invasives.

Centre de référence national pour les mycoses chez l'homme

Le Centre de référence national, situé à Edmonton (Alberta), reçoit des échantillons qui lui sont adressés des quatre coins du Canada, principalement de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Le Centre effectue environ 1 400 tests par année; 70 % d'entre eux sont des tests sérologiques visant à diagnostiquer les mycoses profondes et les affections broncho-pulmonaires provoquées par des champignons (p. ex. la maladie du poumon de fermier, l'aspergillose allergique); 18 %, sont des tests d'identification; et les autres (12 %) visent à évaluer la sensibilité aux anti-fongiques.

Le Centre est déterminé à maintenir et, si possible, à réduire le temps requis pour le traitement des échantillons reçus des laboratoires. Les résultats d'un questionnaire distribué aux clients du Centre et une intensification des communications directes avec les cliniciens qui soumettent des échantillons permettront de cerner les points à améliorer. Le Centre tente également de réduire le temps de transport des échantillons.

Au cours des 2 ou 3 prochaines années, le Centre de référence national s'intéressera tout particulièrement aux domaines suivants : la mise sur pied des systèmes de surveillance continue des champignons qui présentent un intérêt sur le plan épidémiologique et des modifications de la sensibilité aux antifongiques; les méthodes normalisées d'examen sérologique des champignons filamenteux, notamment une réaction de fixation du complément pour la confirmation sérologique des mycoses profondes; les techniques faisant appel à des sondes d'acide nucléique spécifiques pour le diagnostic des mycoses invasives; les méthodes qui permettraient de reconnaître rapidement les espèces du genre *Candida* (p. ex. *C. krusei*) qui risquent d'être plus résistantes aux nouveaux agents antifongiques de type triazole et d'étudier la phylogenèse moléculaire des champignons; et la détermination des relations éventuelles entre les résultats cliniques obtenus chez les patients traités avec des agents antifongiques et les tests d'évaluation de la sensibilité des levures et des dermatophytes aux antifongiques.

Le Centre s'emploie à offrir des programmes éducatifs ayant pour but d'améliorer la qualité des diagnostics mycologiques au Canada. Il s'efforce également de mettre au point du matériel de vérification de la compétence de meilleure qualité, qui sera utilisé dans le cadre des programmes existants de vérification de la compétence au Canada.

III. CRÉATION D'UN RÉSEAU NATIONAL DE LABORATOIRES POUR LES MYCOSES

Recommandations

Général

1. On créera un réseau national structuré de laboratoires pour les mycoses chez l'homme, qui aura pour objet d'accroître les communications et de faciliter l'élaboration d'études et de programmes de surveillance coopératifs entre les laboratoires canadiens de mycologie.

Composition

1. Le réseau devrait initialement regrouper le Centre de référence national et les principaux laboratoires canadiens de mycologie ainsi que les représentants de certains groupes de cliniciens particuliers (p. ex. la Société canadienne des maladies infectieuses, la Société canadienne de mycologie médicale et l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies contagieuses). Il pourrait être élargi si d'autres groupes et laboratoires sont associés à de nouvelles études et à de nouveaux programmes de surveillance coopératifs.

Coordination

1. Le réseau devrait relever du Centre de référence national; un comité directeur, composé de trois à quatre professionnels des laboratoires du réseau, se chargerait des communications ainsi que du suivi des projets courants au sein du réseau.

Financement

1. Le Centre de référence national devrait financer l'infrastructure du réseau, mais des fonds additionnels pour les programmes de recherche et de surveillance pourraient être obtenus de sources extérieures, comme le LLCM, les industries pharmaceutique et biochimique, et les partenariats avec d'autres organismes.

Communication

1. Le réseau devrait établir dès que possible un répertoire national des établissements et de l'expertise disponibles. À cette fin, il devrait communiquer avec les principaux établissements de mycologie pour obtenir de l'information sur les ressources de laboratoire existantes dans le domaine de la mycologie; les activités de recherche en cours sur les mycoses; le lieu, les numéros de téléphone et de fax, les adresses électroniques des établissements; les motifs de leur adhésion au réseau; et les autres services ou établissements de recherche qui devraient figurer dans le répertoire.
2. Des exemplaires du répertoire devraient être remis aux établissements qui ont été interrogés, publiés dans le bulletin d'information de la Société canadienne de mycologie médicale (SCMM) et diffusés sur Internet.
3. Le réseau examinera la possibilité d'élargir la diffusion du bulletin de la SCMM et d'en faire une tribune qui permettra d'informer les membres du réseau et l'ensemble de la communauté professionnelle des progrès accomplis par les membres du réseau et des résultats obtenus.

CHAMPS DE RECHERCHE ET DE SURVEILLANCE POUR LE RÉSEAU DE MYCOLOGIE

Uniformisation des laboratoires de mycologie

Actuellement, on observe des divergences considérables entre de nombreux résultats d'examens diagnostiques et d'essais de sensibilité pratiqués sur des échantillons subdivisés par différents laboratoires de mycologie au Canada.

Recommandations

1. Le réseau devrait coordonner des programmes de recherche associant plusieurs laboratoires afin d'uniformiser les analyses mycologiques pratiquées au Canada. Des échantillons subdivisés, accompagnés de protocoles normalisés, pourraient être expédiés à trois laboratoires ou plus au pays afin d'évaluer l'efficacité et la spécificité du protocole et de déterminer les améliorations qui pourraient y être apportées.
2. Le réseau devrait établir un mécanisme analogue qui permettrait de soumettre les réactifs utilisés dans les analyses mycologiques à des épreuves efficaces de contrôle de la qualité et de déterminer quels sont ceux qui donnent des résultats fiables.
3. Le réseau devrait publier les résultats de ces études, en mettant l'accent sur la contribution de tous les laboratoires qui y ont participé.
4. Par le biais de son répertoire, le réseau devrait repérer les programmes de formation appropriés de façon à offrir de la formation et du perfectionnement aux employés de laboratoire pour les familiariser avec les protocoles normalisés.
5. De concert avec le Centre de référence national, le réseau devrait également aider à coordonner les programmes de vérification de la compétence et à les diffuser aux laboratoires intéressés dans l'ensemble du Canada.

Levures

Les espèces appartenant aux levures sont les principales causes de mycose invasive. Actuellement, les changements observés dans la prévalence des espèces pathogènes et la résistance accrue de bon nombres d'entre elles aux antifongiques suscitent des inquiétudes. Des études épidémiologiques ont révélé que des souches de *Candida* résistant à l'azole peuvent être transmises entre patients immunodéprimés.

Recommandations

1. Le réseau devrait évaluer les données des laboratoires provinciaux de mycologie relatives aux isolats d'hémoculture de *Candida*, afin d'avoir un aperçu de la situation nationale en ce qui concerne la prévalence et l'ampleur de la sensibilité aux antifongiques des différentes espèces.
2. Le réseau devrait surveiller les tendances sur le plan de la sensibilité de certaines espèces particulières de levure et informer promptement les cliniciens et le personnel de laboratoire de toute augmentation de la résistance.
3. Le réseau pourrait publier des énoncés de principe exposant des lignes directrices en matière de pratique relatives à l'utilisation optimale des antifongiques, les avantages et les risques associés au traitement antifongique et les stratégies qui pourraient permettre de réduire ou de limiter la pharmacorésistance des espèces appartenant aux levures.

Infections nosocomiales

Il existe peu de normes de contrôle de la qualité de l'air pour ce qui est des champignons transmis par voie aérienne dans les hôpitaux canadiens. Ces champignons sont répandus dans l'environnement, mais ils causent rarement des infections chez les humains. Dans de nombreux hôpitaux, les mycoses chez les patients ayant subi une greffe de moelle osseuse et chez d'autres sujets immunodéprimés sont une source d'inquiétude particulière.

Recommandations

1. En se fondant sur une analyse des éclosions connues de mycoses au Canada, le réseau devrait envisager de faire des recommandations sur les méthodes qui pourraient permettre de réduire au minimum les risques de mycose dans les services de greffe de moelle osseuse et d'autres services hospitaliers.
2. Le réseau devrait faciliter l'identification et la confirmation rapides des éclosions d'infection nosocomiale en indiquant les laboratoires de référence canadiens qui sont en mesure de procéder au typage moléculaire des espèces en cause.

3. Le réseau devrait encourager les études portant sur le diagnostic rapide des mycoses invasives, particulièrement la candidose et l'aspergillose.

Dermatophytes

Le coût du diagnostic clinique et de l'identification des dermatophytes à l'origine d'infections est relativement élevé. Les médecins prescrivent généralement un traitement en se fondant strictement sur les symptômes. L'identification et la déclaration des éclosions de dermatophytose serait utile pour les intervenants en santé publique et les cliniciens.

Recommandations

1. Le réseau devrait mettre sur pied un programme de surveillance qui permettrait de reconnaître les éclosions de dermatophytose au Canada.
2. Le réseau devrait envisager d'organiser une campagne publique afin de faire connaître les mesures de prévention des dermatophytoses.

Mycoses profondes endémiques

Il n'existe pas, pour l'instant, de système national de collecte de données sur les mycoses profondes endémiques.

Recommandations

1. Le réseau devrait mettre sur pied un programme de surveillance qui permettrait de reconnaître les éclosions de mycose profonde endémique au Canada.
2. Le réseau devrait aider le Centre de référence national à recueillir des données ainsi que des isolats provenant de sujets atteints de mycose profonde. À cette fin, il devrait offrir de meilleures voies de communication et d'acheminement des échantillons au sein du milieu de la mycologie au Canada.

Micro-organismes dimorphes

Il est établi que les micro-organismes responsables de la blastomycose et de l'histoplasmose sont endémiques dans le nord de l'Ontario, au Manitoba et au Québec.

Recommandations

1. Le réseau devrait établir une carte des régions où les infections dues à *Blastomyces* et à *Histoplasma* sont endémiques.
2. Le réseau devrait envisager de servir de pont entre le milieu de la mycologie et le milieu vétérinaire, afin de faciliter l'établissement de relations entre les données relatives à *Blastomyces* et à *Histoplasma* spp. et de cerner plus précisément les régions endémiques.
3. Une fois que les régions endémiques auront été cernées, le réseau pourra transmettre de l'information sur ces maladies aux habitants et aux médecins de ces régions et les sensibiliser aux mesures préventives qui peuvent être prises.

SOMMAIRE

Les participants ont appuyé unanimement la création d'un réseau structuré regroupant les laboratoires canadiens de mycologie médicale, afin d'accroître les communications et de faciliter l'élaboration d'études et de programmes de surveillance coopératifs. Ils ont déterminé les mesures qui pourraient être prises par un comité directeur provisoire dans le but d'accélérer la création de ce réseau.

Le compte rendu des travaux et les recommandations des participants seront réimprimés dans le bulletin d'information de la SCMM.

SECRÉTARIAT : *M^me^ S. Paton, présidente; D^r^ R. Rennie, D^r^ J. Spika, D^r^ F. Ashton, M. D. Dragon, M^me^ F. Roback-Jones.*

Avis

OBJET : ABONNEMENT AU RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA (RMTC)

Comme vous le savez, depuis le mois de janvier 1996, le RMTC est imprimé, commercialisé et distribué par l'Association médicale canadienne, qui se charge également de la gestion des abonnements.

Si vous vous êtes réabonné en 1995 pour l'année 1996, quand le Groupe Communication Canada (GCC) publiait encore le Relevé, vous avez probablement reçu un avis indiquant que votre abonnement serait échu le 31 décembre 1995. On aurait alors dû vous accorder un crédit applicable à la période restante. Pour obtenir un tel crédit, veuillez appeler au **(819) 997-4170** et mentionner votre numéro de crédit. Un remboursement vous sera envoyé par la poste.

Pour renouveler votre abonnement, veuillez communiquer avec le **Groupe de la technologie de l'information de l'Association médicale canadienne, C.P. 8650, Ottawa (Ontario), K1A 0G8, tél. :(613) 731-9331, poste 2028 ou télécopieur : (613) 731-9102.**

Le prix de la souscription annuelle est le même que l'année dernière : 75 $ + la TPS, au Canada, et 97,50 $ US à l'extérieur du Canada.

Veuillez nous excuser de tout inconvénient que tout cela a pu vous occasionner.

Erratum

CCNI : DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE SUR LA PRÉVENTION DE L'HÉPATITE A, VOL 22-1, PAGE 2

À la dernière phrase du premier paragraphe de la partie intitulée *Usage du vaccin chez les enfants*, on devrait lire **1,0 mL** et non 0,1 mL.

Annonces

Conférence canadienne nationale sur l'immunisation
LA VACCINATION POUR LA SANTÉ : VERS L'ATTEINTE DE NOS OBJECTIFS NATIONAUX
du 8 au 11 décembre 1996
Hôtel Royal York, Toronto (Ontario)

Demande de communications

Cette conférence de 4 jours est organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie et la Société canadienne de pédiatrie avec l'appui de l'entreprise privée. Le thème central de la conférence sera l'immunisation des enfants. Autres questions telles que l'obtention et l'administration des vaccins, l'éducation, l'évaluation des programmes de vaccination, les dispositions législatives et réglementaires, et les efforts globaux d'immunisation seront traitées. On analysera aussi les progrès réalisés par rapport aux objectifs nationaux canadiens établis récemment en matière de lutte contre les maladies pouvant être évitées par la vaccination.

Une période de temps sera réservée, pendant la conférence, pour des communications (orales ou par affiches) revues par des pairs et reliées aux objectifs de la conférence. Nous encourageons les services de santé à présenter des communications sur l'éducation et la promotion. La date limite pour la réception des résumés a été fixée au **31 juillet 1996**.

Le programme de la conférence a été approuvé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. Les participants obtiendront ainsi des crédits dans le cadre de la formation médicale continue. Les membres de la Fédération des médecins omnipracticients du Québec pourront réclamés leurs crédits auprès du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour obtenir d'autres renseignements, des documents d'inscription et des formulaires pour la présentation des résumés, prière de communiquer avec **M. C. Schouwerwou, coordonnateur de la conférence et du comité d'organisation, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, L.P. 0603E1, Pré Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, télécopieur : (613) 998-6413**.

VOYAGES INTERNATIONAUX ET SANTÉ
Vaccinations exigées et conseils d'hygiène

L'édition 1996 de ***Voyages internationaux et santé*** vient de paraître en anglais et en français. Cette brochure s'adresse aux administrations de la santé, au corps médical, aux agences de tourisme, aux compagnies maritimes et aériennes et aux autres organismes qui sont amenés à donner des conseils d'hygiène aux voyageurs.

En plus du résumé des exigences des pays en matière de vaccinations, la publication indique les principales zones où il y a transmission du paludisme et résistance de *Plasmodium falciparum* aux médicaments. Le schéma chimioprophylactique recommandé est aussi indiqué pour chaque pays où sévit le paludisme.

On peut obtenir cette brochure en s'adressant au service des **publications de l'Association canadienne de santé publique, 1565, avenue Carling, bureau 400, Ottawa (Ontario), K1Z 8R1 (téléphone : (613) 725-3769)**. Le coût est de 18,67$ pour un exemplaire (frais de port et de TPS inclus).

Clarifications

MOMENT PROPICE À L'ADMINISTRATION DE LA SECONDE DOSE DU VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME COMPORTANT DEUX DOSES

Dans les *Directives pour la lutte contre les épidémies de rougeole au Canada*, élaborées par le Comité consultatif national de l'épidémiologie et publiées dans le RMTC 1995; 21:189-95, il est précisé, au troisième paragraphe, sous la rubrique «Immunisation» (page 190), que la deuxième dose du vaccin «devrait être administrée avant l'entrée scolaire, au moins 3 mois après la première dose». Cette recommandation reposait sur les données disponibles au moment de la Conférence de concertation sur la rougeole, qui s'est tenue à la fin de 1992. À la lumière d'autres données disponibles en 1993, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommandait un intervalle minimum plus court entre les doses, dans l'édition de 1993 du *Guide canadien d'immunisation*. Cette recommandation est réitérée dans la récente *Déclaration supplémentaire du CCNI sur l'élimination de la rougeole au Canada* (RMTC 1996; 22:9-15) : ***«Il y a lieu d'offrir systémati- quement une seconde dose du vaccin RRO au plus tôt 1 mois après la première dose, afin d'accroître le plus possible la protection conférée par le vaccin.»*** Par conséquent, toutes les allusions au moment propice à l'administration de la seconde dose du vaccin contre la rougeole devraient correspondre à cette dernière recommandation du CCNI.

MISE EN GARDE CONCERNANT LES COLORANTS À FAIBLE OSMOLARITÉ

La présente clarification vise à préciser que le Comité national de direction sur l'élaboration de lignes directrices pour la lutte contre les infections n'approuve pas l'utilisation de soupapes de non-retour dans les systèmes d'administration de colorants à faible osmolarité. Il ne faudrait pas interpréter la mise à jour récente de la mise en garde [RMTC, 1996;22:31-2 (16 février)] comme une acceptation de cette pratique. L'emploi d'un système jetable de perfusion utilisant des colorants à faible osmolarité pour plus d'un patient présentera **TOUJOURS** un risque de contamination croisée du sang et des liquides organiques d'un patient à l'autre et ne peut être recommandé. Le but de la mise en garde du 16 février était de fournir des renseignements sur les stratégies possibles de réduction du risque et de souligner la nécessité d'effectuer d'autres évaluations critiques de ces systèmes.

Source : *Le Comité national de direction sur l'élaboration de lignes directrices pour la lutte contre les infections, LLCM, Santé Canada.*